

姓 (Last Name) : _____ 名 (First Name) : _____

地址 (Address) : _____ 公寓號碼 (Apt) : _____ 城市 (City) : _____ 郵區 (Zip) : _____

常用電話 (Phone) : (____) _____ 出生日期 (Birthdate) : ____/____/____ 首選語言 (Language) : _____

請在此處提供您的電子郵件地址，以了解最新動態：（電子郵件僅供 **Mastick** 使用）(Email)

如有緊急情況，請聯絡 (Emergency Contact):

姓名 (Name) : _____ 關係 (Relationship) : _____ 電話 (Phone) : (____) _____

以下豁免適用於所有課程、專案和活動，包括透過 Mastick Senior Center 提供的虛擬專案。

責任豁免：

1. 簽字人特此免除、放棄和免除阿拉米達市、其官員、僱員、代理和獨立承包商對簽字人和/或其個人代表、受讓人、繼承人和近親的任何責任。因下列簽字人的任何人身傷害、傳染病、疾病和病毒和/或死亡而產生或造成的損失或損害以及任何索賠或要求，無論是否由阿拉米達市及其官員的疏忽和/或財產造成、員工、代理人 and 獨立承包商。
2. 簽字人特此對人身傷害、死亡或財產損失承擔全部責任和風險，無論是否是由於阿拉米達市、其董事、僱員、代理人、志願者和獨立承包商的疏忽或其他原因造成的，在阿拉米達市的場所上方或周圍和/或使用場所或設施或設備（包括AED 機器或其中的程序運輸）時。

虛擬課程發布：我特此保證並同意我的環境條件安全、無障礙，適合參加上述活動。 我進一步瞭解並同意，透過我參與上述活動而下載、查看或以其他方式獲得的任何資料均由我自行承擔風險，ARPD 對我的個人財產（包括電腦、網路）的任何遺失、更改、損壞或其他損壞不承擔任何責任以及作為我參與的一部分使用的其他財產。

同意治療：我特此同意阿拉米達市工作人員帶我去適當的醫療服務機構並給予適當的醫療授權。據了解，其費用將由我承擔。

如果我不同意治療並且我要求暫停醫療或手術服務，請勾選此處。

健康檢查：我特此確認，我在至少 14 天內沒有發燒 100 度或以上，沒有表現出呼吸道疾病的跡象（咳嗽、喉嚨痛或呼吸急促），也沒有與患有 COVID-19 的人有過密切接觸在程序開始之前。 我特此同意阿拉米達市工作人員每天在活動開始前測量我的體溫，並了解如果我發燒 100 度或以上或出現呼吸道疾病跡象，我必須待在家裡，並且可以返回學校症狀好轉、未服用退燒藥72小時內不發燒、發病至少10天後才可進行治療。

照片發布：我了解在上述活動過程中可能會拍攝我的照片，而這些照片可能會用於阿拉米達市出版物，包括但不限於娛樂手冊、市政府網站以及市政府 Facebook 頁面或其他市政府出版物社交媒體網站。

簽字人已閱讀並自願簽署責任免除和賠償協議，並進一步同意除上述書面協議外，未做出任何口頭陳述、陳述或誘導。

我已閱讀《Mastick Senior Center 行為準則》，並了解不遵守這些條款可能會導致紀律處分。

簽名 (Signature) : _____ 日期 (Date) : _____